ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 22–23 Date de publication : 1er décembre 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

LA GRIPPE AU CANADA — SAISON 1995-1996	F-1	193–199
INFECTION À *ESCHERICHIA COLI* ENTÉROHÉMORRAGIQUE — JAPON	F-6	199–200

Pagination officielle : Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

LA GRIPPE AU CANADA — SAISON 1995-1996

Chaque année, d'octobre à mai, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) applique un programme national de surveillance de la grippe, en collaboration avec d'autres laboratoires et des épidémiologistes provinciaux et territoriaux qui lui communiquent de l'information sur les cas, les identifications faites par les laboratoires et les éclosions. Au cours de la saison grippale 1995-1996, ces activités de surveillance ont consisté en la collecte hebdomadaire, au moyen d'un système interactif de traitement de la voix, de données regroupées sur les identifications de virus faites par les laboratoires. Les laboratoires participants ont soumis des rapports relatifs à chaque cas de grippe confirmé en laboratoire et les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ont présenté une évaluation hebdomadaire de l'étendue du syndrome grippal dans chaque région.

Des sommaires hebdomadaires des données de surveillance de la grippe ont été préparés chaque semaine et diffusés par télécopieur (service *FAXlink*). De plus, des comptes rendus hebdomadaires de l'activité grippale à l'échelle mondiale, et plus particulièrement en Amérique du Nord et en Europe, ont été intégrés à la publication *Actualités en bref*, qui est diffusée chaque semaine aux épidémiologistes provinciaux et territoriaux et aux directeurs de laboratoire. De brefs rapports de surveillance sur l'activité des virus respiratoires, notamment sur la grippe, ont été régulièrement publiés dans le *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (RMTC).

Le présent rapport résume les données relatives à chaque cas de grippe confirmé en laboratoire et les déclarations de l'étendue du syndrome grippal au cours de la saison 1995-1996. Il compare aussi les résultats des quatre dernières saisons : 1991-1992, 1992-1993, 1993-1994 et 1995-1996[1-4].

Méthodes

Les laboratoires qui participent au programme de surveillance ont été invités à signaler les cas isolés et confirmés par détection directe de l'antigène et par séroconversion (c.-à-d., hausse des titres par un facteur ≥ quatre, révélée par n'importe quelle méthode). Les données relatives aux cas confirmés en laboratoire sont présentées par province d'origine (certains laboratoires ont reçu des échantillons d'autres provinces). Ces données ont été analysées par semaine d'apparition de la maladie et par âge des sujets.

Chaque semaine, les épidémiologistes provinciaux et territoriaux ont communiqué des données sur la présence et l'étendue du syndrome grippal dans leur région, utilisant pour ce faire une grille de quatre niveaux d'activité : aucun cas signalé, cas sporadiques, éclosions localisées et éclosions étendues. Il arrive que les critères utilisés pour décrire l'étendue du syndrome grippal diffèrent d'une région à l'autre, d'où la difficulté de comparer directement les données. La collecte des données avait toutefois pour objet principal de fournir une indication rapide de l'étendue de la maladie dans la communauté.

Cas de grippe confirmés en laboratoire

Durant la période de surveillance de l'activité grippale de 1995-1996 (du 21 octobre 1995 au 1er juin 1996), les 10 laboratoires participants, situés dans huit provinces (tableau 1), ont signalé 1 075 cas. Ce chiffre est inférieur au nombre de cas déclarés (1 431) au cours de la saison précédente (1994-1995) par 17 laboratoires de ces mêmes provinces. Il y a lieu de faire preuve de prudence lorsqu'on interprète les variations observées entre les provinces en ce qui concerne le nombre de cas confirmés et leur répartition par type de virus. Les chiffres rendent probablement compte de différences dans les taux de déclaration, les critères utilisés, l'accessibilité des services diagnostiques et la taille et la répartition de la population.

Santé Canada Health Canada

Canada

2007-02717/

Tableau 1
Cas de grippe confirmés en laboratoire signalés au LLCM par laboratoire, Canada, 1995-1996

Province	Laboratoire	Nombre de cas
Nouvelle-Écosse	*Victoria General Hospital* (Halifax)	10
Île du Prince-Édouard	*Queen Elizabeth Hospital*	4
Québec	Laboratoire de santé publique du Québec (Sainte-Anne-de-Bellevue)	177
Ontario	*Kingston Public Health Laboratory*	40
	Central Public Health Laboratory	182
Manitoba	*Cadham Provincial Laboratory* (Winnipeg)	147
Saskatchewan	*Saskatchewan Department of Health* (Regina)	167
Alberta	*Provincial Laboratory of Public Health for Northern Alberta* (Edmonton)	128
	Provincial Laboratory of Public Health for Southern Alberta (Calgary)	107
Colombie-Britannique	Division of Laboratories, Health Branch (Vancouver)	113
TOTAL		1 075

Le tableau 2 présente la répartition du nombre de cas de grippe par province et par type de virus. Les cas signalés mettaient en cause les virus de types A et B, mais c'est le virus grippal de type A qui a prédominé (920 cas ou 86 %). Les 155 autres cas d'infection confirmés (soit 14 %) étaient imputables au virus de type B, ce qui représente moins de la moitié de tous les cas d'infection par le virus de type B enregistrés au cours de la saison précédente. Une description détaillée des souches caractérisées en 1995-1996 a été publiée dans le numéro précédent du RMTC[5].

Le nombre de cas confirmés en laboratoire est indiqué par semaine pour cinq régions : les provinces de l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, les Prairies et la Colombie-Britannique (figure 1). Les premiers cas confirmés ont été signalés par les Prairies entre le début d'octobre et la mi-octobre, soit 4 à 6 semaines avant les autres régions. Le nombre et la proportion de cas (548; 51 %) étaient également le plus élevés dans les Prairies, seule région où l'on ait enregistré un important pic d'activité, au début de décembre 1995. Au Québec, les premiers cas ont été déclarés au début de novembre, et dans les autres régions, en décembre. Mis à part un cas enregistré en décembre en Ontario, tous les cas survenus en 1995 mettaient en cause le virus de type A. Les cas de grippe de type B ont été signalés à compter de janvier 1996. Ils représentaient la majorité des cas enregistrés à partir de mars 1996. Des cas d'infection ont été signalés jusqu'au début de mai en Ontario, et des cas sporadiques de grippe de types A et B ont été recensés dans les Prairies jusqu'au début de juin.

Selon la répartition des cas par âge, la plupart des infections confirmées en laboratoire concernaient des enfants âgés de < 10 ans (49 %). Il s'agit là d'une augmentation par rapport aux deux saisons précédentes, la proportion de cas signalés dans ce groupe d'âge étant de 28 % en 1993-1994 et de 42 % en 1994-1995. La proportion de cas d'infection chez les gens de 45 à 64 ans (8 %) et chez ceux de > 64 ans (8 %) a également chuté par rapport à la saison précédente (figure 2).

Méthodes de confirmation en laboratoire

Les confirmations en laboratoire des cas de grippe ont essentiellement été réalisées par isolement du virus (788 cas, 73 %) et par détection directe de l'antigène (176 cas, 16 %). Les autres cas (111 cas, 10 %) documentés ont été confirmés par sérologie. À titre de comparaison, ces mêmes pourcentages s'établissaient à 72 %, à 19 % et à 9 % respectivement au cours de la saison précédente. La majorité des confirmations touchant les jeunes enfants âgés de < 5 ans (99 %), les sujets de 5 à 44 ans (86 %) et les personnes de ≥ 44 ans (75 %) ont été faites par isolement du virus ou par détection directe de l'antigène.

Type de virus grippal en circulation pendant la saison 1995-1996

La figure 3 montre la répartition, dans le temps, des identifications de virus signalées au LLCM. La saison grippale 1995-1996 comportait trois périodes distinctes. Les premiers cas confirmés de grippe sont survenus au cours des 2 dernières semaines d'octobre 1995. Au début de la saison grippale, c'est le virus de type A qui a prédominé. Deux pics d'activité du virus grippal de type A ont été signalés. Le premier, et le plus important, est survenu au cours des 2 dernières semaines de décembre 1995. Un second, de moindre envergure, s'est produit à la fin de février 1996. Les cas déclarés d'infection par le virus de type B ont culminé à la fin de mars et au début d'avril, des cas sporadiques ayant toutefois été enregistrés en décembre et en janvier. Des cas sporadiques d'infection par les deux types de virus ont été signalés jusqu'au début de juin.

Tableau 2
Cas de grippe confirmés en laboratoire par province et par type et sous-type de virus grippal, Canada, 1995-1996

Type de grippe	T.-N.	Î.P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT	MAN	SASK	ALB	C.-B.	TOTAL
TYPE A Sous-type non déterminé	—	4	8	2	170	148	110	27	119	73	661
H_1N_1	—	—	—	—	—	8	—	115	94	18	235
H_3N_2	—	—	—	—	—	1	1	2	10	10	24
Total A	—	4	8	2	170	157	111	144	223	101	920
TYPE B	—	—	—	—	7	65	35	23	12	13	155
TOTAL	—	4	8	2	177	222	146	167	235	114	1075

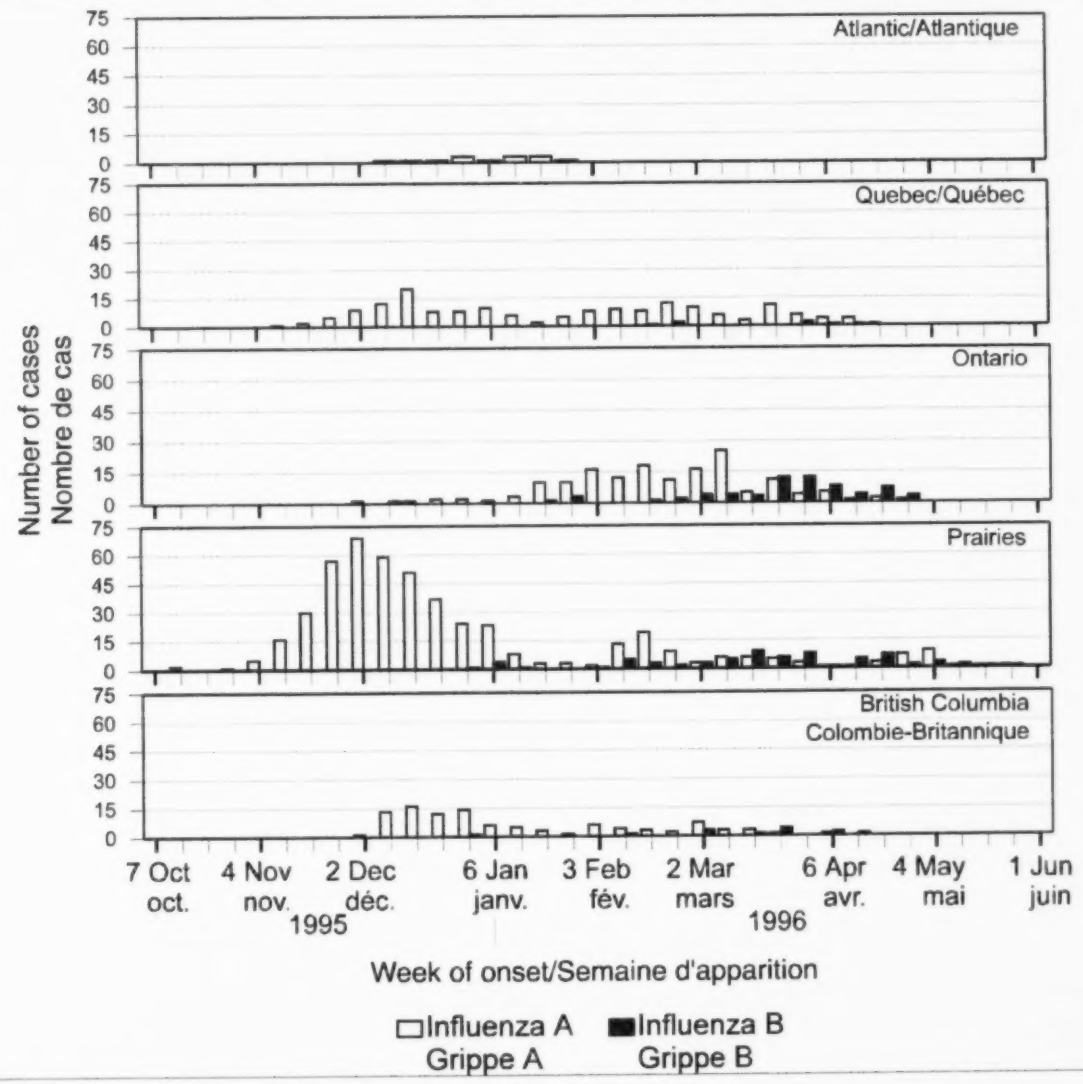
La figure 4 compare la saison grippale 1995-1996 aux quatre saisons précédentes. Durant la saison 1995-1996, l'activité grippale associée au virus de type B était modérée. Le nombre de cas déclarés de grippe de type B équivalait toutefois à la moitié seulement du nombre signalé en 1994-1995, et un nombre important de cas a été déclaré à la fin de la saison.

Les souches du virus grippal de type A qui ont prédominé durant la saison 1995-1996 étaient apparentées à A/Texas/36/91(H1N1) et à A/Johannesburg/33/94(H3N2). La souche prédominante du virus de type B, qui a circulé en fin de saison, étaient semblable à B/Beijing/184/193[5].

Étendue du syndrome grippal

Les épidémiologistes provinciaux et territoriaux ont fait état, chaque semaine, de l'étendue du syndrome grippal. Des données ont été reçues de six provinces, dont trois seulement ont été très assidues, en ce sens qu'elles ont fait des déclarations tout au cours de la saison grippale. Il arrive que les critères utilisés pour décrire l'étendue du syndrome grippal diffèrent d'une région à l'autre, d'où la difficulté de comparer directement les données. De façon générale, toutefois, les tendances observées concordaient avec les cas confirmés signalés par les laboratoires. Ainsi, le sommet de l'activité grippale a été enregistré en Alberta et en Saskatchewan

Figure 1
Cas de grippe confirmés en laboratoire par région, par type et par semaine d'apparition, Canada, 1995-1996



en novembre et en décembre 1995, alors qu'il est survenu entre janvier et mars dans les autres provinces participantes. Deux provinces (Terre-Neuve et l'Ontario) ont fait état d'éclosions localisées de syndrome grippal et trois (l'Alberta, l'Île du Prince-Édouard et la Saskatchewan), d'éclosions étendues.

Analyse

Conformément aux tendances observées ces dernières années, l'activité grippale a été modérée au Canada, au cours de la saison 1995-1996. Le nombre de cas déclarés par les laboratoires était le plus faible enregistré depuis 1990-1991 (1 052), ce qui s'explique sans doute par une baisse de la participation des laboratoires au programme de surveillance. Neuf laboratoires seulement ont signalé les cas de grippe confirmés alors que leur nombre s'élevait à 17 en moyenne au cours des quatre saisons précédentes.

Les tendances observées au cours de 1995-1996 se démarquaient nettement de celles qui se dégageaient des quatre saisons précédentes. Deux pics d'activité de la grippe de type A ont été signalés : l'un dans les Prairies à la fin de l'automne de 1995, l'autre dans les autres régions, au début de 1996. Le nombre de cas signalés de grippe B, quoique moins élevé qu'en 1994-1995, était important entre avril et juin 1996. Cette tendance est contraire à celle observée auparavant, à savoir l'alternance des saisons où le nombre de cas de grippe B était élevé. En revanche, les tendances constatées au Canada se rapprochaient de manière générale de celles observées aux États-Unis et en Europe. Aux États-Unis, le pic de l'activité grippale est survenu entre la fin de décembre 1995 et le début de janvier 1996. Les premiers cas signalés étaient surtout imputables aux virus de type A (sous-types H3N2 et H1N1), alors que l'activité grippale associée au virus de type B a commencé à augmenter en février 1996. En Europe, l'activité grippale a culminé entre décembre 1995 et février 1996 et mettait surtout en cause le virus de type A (sous-types H3N2 et H1N1). Les cas de grippe B étaient surtout sporadiques.

Au cours de la saison grippale 1995-1996, le LLCM a mené une expérience pilote fondée sur le recours à un réseau national de médecins sentinelles chargés de rendre compte de l'activité grippale. Le programme visait à recueillir les cas de syndrome grippal déclarés chaque semaine par au moins un médecin de famille par district de recensement, partout au Canada. Les médecins devaient indiquer, un jour par semaine, le nombre de consultations par groupe d'âge et le nombre de cas répondant à la définition de cas du

Figure 2
Répartition des cas de grippe confirmés en laboratoire par groupe d'âge, Canada, 1995-1996

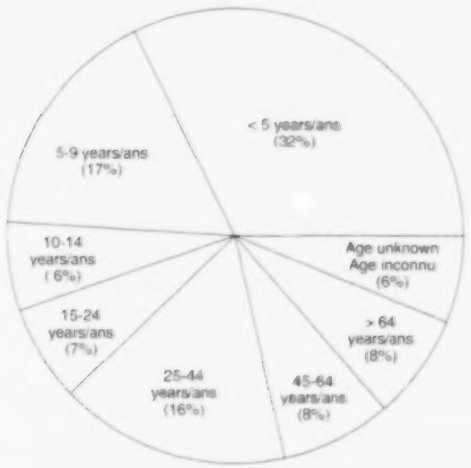


Figure 3
Cas de grippe confirmés en laboratoire par type et par semaine d'apparition, Canada, 1995-1996

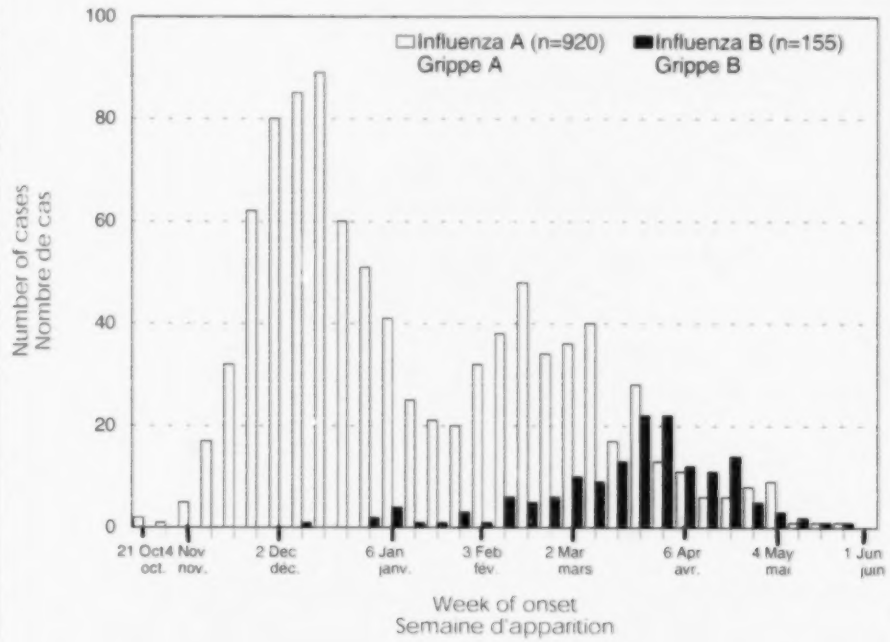
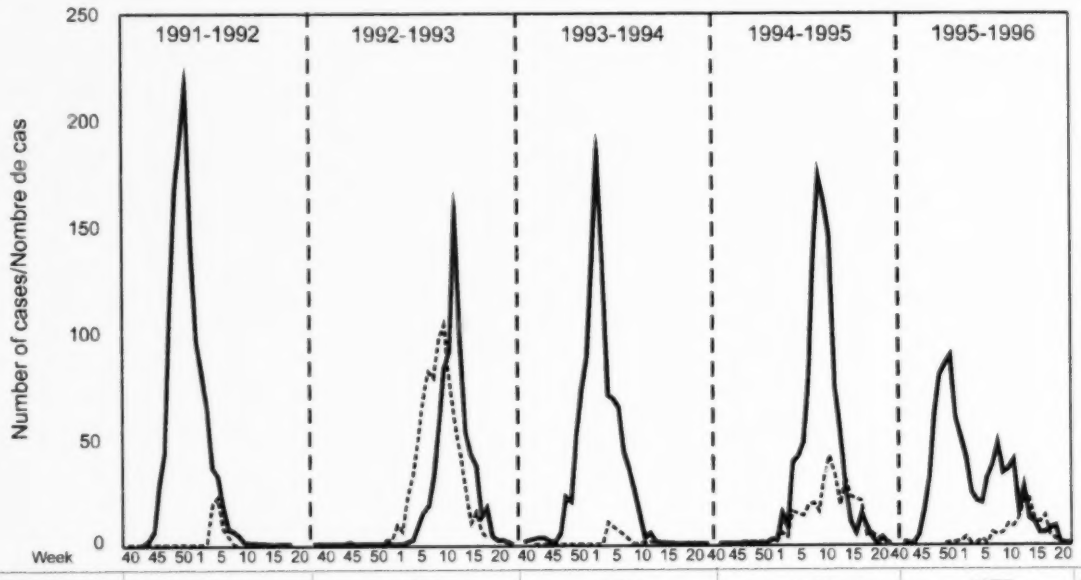


Figure 4
Répartition saisonnière des cas de grippe confirmés en laboratoire, Canada, 1991-1996



	1991-1992	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	
Total cases / Total des cas	1347	1568	1090	1431	1075	
Influenza A — / grippe A —	96%	48%	98%	74%	86%	
Influenza B ----- / grippe B -----	4%	52%	2%	26%	14%	
Predominant strain(s) / Souche(s) prédominante(s)	A/Beijing/353/89(H3N2)-like Analogue à A/Beijing/353/89(H3N2)	A/Beijing/32/92(H3N2) B/Panama/45/90-like Analogue à B/Panama/45/90	A/Beijing/32/92(H3N2)	A/Beijing/32/92(H3N2)-like A/Shandong/09/93-like A/Johannesburg/33/94-like B/Quindao/102/91-like Analogues à A/Beijing/32/92(H3N2) A/Shandong/09/93 A/Johannesburg/33/94 B/Quindao/102/91	A/Texas/36/91(H1N1)-like A/Johannesburg/33/94 (H3N2)-like B/Beijing/184/93-like Analogues à A/Texas/36/91(H1N1) A/Johannesburg/33/94 (H3N2) B/Beijing/184/93	

syndrome grippal donnée par le programme. Ces données ont été communiquées au programme de surveillance *FLUWATCH* du LLCM pour fins d'analyse. Bien que le programme ait été mis en route trop tardivement au cours de la saison pour apporter une contribution utile aux activités de surveillance de l'an dernier, il a montré qu'il est possible de recueillir régulièrement des données nationales uniformisées qui aideraient à suivre de près l'activité grippale dans la collectivité. C'est pourquoi on devrait mettre en oeuvre une version modifiée du projet au cours de la saison 1996-1997.

Le programme de surveillance de la grippe vise à déterminer la survenue et la gravité de l'activité grippale au Canada et à diffuser de l'information sur les virus en circulation, afin de faciliter les activités de planification et de lutte antigrippale. L'information obtenue grâce au programme de surveillance est publiée chaque semaine, sous forme de sommaire, et chaque mois, sous forme d'articles sur l'activité des virus respiratoires, dans le RMTC. Les personnes qui souhaitent recevoir les rapports de surveillance hebdomadaires n'ont qu'à composer le numéro du service de télécopie (*FAXlink*) du LLCM, soit le (613) 941-3900, à partir d'un télécopieur équipé d'un combiné. Les laboratoires qui désirent participer au programme de surveillance sont invités à communiquer avec M. Peter Zabchuk, à la Division de la surveillance des maladies, Bureau des maladies infectieuses, LLCM, au (613) 952-9729.

Remerciements

Nous remercions le personnel de laboratoires participant au programme de surveillance d'avoir fourni des données au cours de la saison grippale 1995-1996, ainsi que le D[r] John Weber, qui faisait partie de l'équipe du Laboratoire de surveillance de la grippe et des exanthèmes viraux, au LLCM, et qui nous a communiqué des données sur les souches virales typées. Nous sommes également redevables envers les épidémiologistes provinciaux et territoriaux, qui nous ont fourni des données sur l'étendue du syndrome grippal dans leur région. Enfin, nous tenons à présenter nos remerciements à tous les médecins qui ont pris part au programme-pilote FLUWATCH, de concert avec le Collège des médecins de famille du Canada, le système national de déclaration de cas et les programmes sentinelles de surveillance de la grippe mis en oeuvre en Colombie-Britannique et à Calgary en Alberta.

Références

1. LLCM. *La grippe au Canada : saisons 1990-91 et 1991-92.* RMTC 1992;18:137-41.
2. LLCM. *La grippe au Canada : saison 1992-1993.* RMTC 1993;19:152-57.
3. LLCM. *La grippe au Canada : saison 1993-1994.* RMTC 1994;20:185-92.
4. LLCM. *La grippe au Canada : saison 1994-1995.* RMTC 1995;21:205-11.
5. Weber JM, Zou S. *Saison grippale 1995-1996 : diagnostics portés par les laboratoires canadiens et caractérisation des souches virales.* RMTC 1996;22:185-88.

Source : *Division de la surveillance des maladies, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM, Ottawa (Ontario).*

Notes internationales

INFECTION À *ESCHERICHIA COLI* ENTÉROHÉMORRAGIQUE — JAPON

Une mise à jour a été reçue concernant la flambée d'infections a *Escherichia coli* entérohémorragique (EHEC) à Sakai en juillet 1996. La flambée a touché un total de 6 309 écoliers et 92 membres du personnel scolaire fréquentant 62 écoles alimentaires publiques de la ville. Des infections secondaires ont touche 160 autres personnes, principalement des membres de la famille des écoliers infectés. Aucun cas nouveau n'a été signale depuis le 8 août. Le nombre de personnes hospitalisées a culminé à 534 le 18 juillet et était tombé à 31 au 26 août. Le nombre de patients avec un syndrome urémique hémolytique a culminé à 101 le 24 juillet. Deux, une fillette de 10 ans et une autre de 12 ans, sont décédées au 26 août. *E. coli* sérotype O157:H7 a été couramment trouvé dans les échantillons de selles des malades.

L'enquête épidémiologique a révélé que des pousses de radis fraîches figuraient parmi les aliments consommés en commun par les écoliers. Les pousses de radis, couramment consommées crues au Japon, ont été servies dans les cantines scolaires le 8 ou le 9 juillet, selon les écoles. Il a également été trouvé que lors d'une autre flambée qui est aussi survenue en juillet 1996 dans une maison pour personnes âgées à Habikino et ayant touché 98 personnes, ainsi que lors de trois autres petites flambées dans les environs, des pousses de radis provenant du même producteur avaient aussi été consommées. Les profils d'ADN de *E. coli* analysés par l'Institut national de la Santé du Japon sur des isolements des cinq flambées étaient identiques. Aucune trace de cet organisme n'a cependant été trouvée parmi des échantillons de graines et de pousses de radis et des prélèvements de sol et d'eau de la ferme concernée, ni dans les échantillons de selles recueillis chez les employés de cette ferme.

Au 26 août 1996, un total de 9 578 cas d'infection à *E. coli* sérotypes O157:H7 et O157:H-, en comptant à la fois les flambées et les cas sporadiques, avaient été signalés au Japon cette année, entraînant 11 décès. On pense que la plupart des cas sont d'origine alimentaire, mais à l'exception de quelques cas isolés, les aliments responsables n'ont pas été identifiés avec certitude. L'analyse des profils d'ADN des isolements provenant de diverses sources laisse supposer une contamination d'origine hétérogène. Un rapport sur les flambées d'infections à EHEC est disponible dans *l'Infectious Agents Surveillance Report* de l'Institut national de la Santé du Japon. Le Gouvernement du Japon poursuit son enquête et a mis en place un certain nombre de mesures préventives, avec l'accent sur les conseils et vérifications afin d'assurer des pratiques hygiéniques dans les établissements de restauration collective dans les écoles ainsi que dans d'autres établissements manipulant des aliments.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n° 35, 1996.*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D[r] John Spika (613) 957-4243
D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Agent des abonnements — N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2028
Association médicale canadienne — Télécopieur : (613) 523-0937
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://www.hwc.ca/hpb/lcdc.